

Datum: \_\_\_\_\_ Datum eerste afspraak: \_\_\_\_\_

*Vul deze vragenlijst alstublieft zo precies mogelijk in en neem deze mee naar uw eerste afspraak. Tijdens dit intakegesprek neem ik samen met u de gegevens door. Deze gegevens vallen onder het beroepsgeheim. Uw (huis)arts geef ik alleen informatie als u mij hiervoor toestemming heeft gegeven.*

Geeft u toestemming voor evt. rapportage aan de (huis)arts?  ja  nee

### Persoonlijke gegevens

man  vrouw  anders      Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Voornaam: \_\_\_\_\_ Achternaam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en plaats: \_\_\_\_\_

Telefoon: \_\_\_\_\_ Mobiel nummer: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ BSN-nummer: \_\_\_\_\_

Zorgverzekeraar: \_\_\_\_\_ Nummer: \_\_\_\_\_

Beroep (nu of vroeger): \_\_\_\_\_

### Medische gegevens

Naam huisarts: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en plaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Naam specialist: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en plaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Welke medicijnen gebruikt u?: \_\_\_\_\_

Heeft u een allergie? Zo ja, welke? \_\_\_\_\_

Draagt u een bril of lenzen? Zo ja, waarom?  verziend  bijziend  anders, nl. \_\_\_\_\_

Zijn er ziektes of aandoeningen in uw familie (zoals hart- en vaatziekten, reuma, kanker, diabetes, etc)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Kruis aan welke klachten u heeft (gehad)**
*Algemeen*

- Hoofdpijn  vroeger  nu  
 Slapeloosheid  vroeger  nu  
 Slecht (in)slapen  vroeger  nu  
 Aangekomen  vroeger  nu  
 Afgevallen  vroeger  nu  
 Duizeligheid  vroeger  nu  
 Vermoeidheid  vroeger  nu  
 Dubbel/vaag zien  vroeger  nu  
 Allergie  vroeger  nu

*Luchtwegen / KNO-klachten*

- Ademnood  vroeger  nu  
 Altijd hoesten  vroeger  nu  
 Altijd verkouden  vroeger  nu  
 Astma  vroeger  nu  
 Keelpijn  vroeger  nu  
 Bijholtenontsteking  vroeger  nu  
 Suizende oren  vroeger  nu

*Hart en bloedvaten*

- Hoge bloeddruk  vroeger  nu  
 Lage bloeddruk  vroeger  nu  
 Opgezette klieren  vroeger  nu  
 Hartritmestoornis  vroeger  nu  
 Pijn op de borst  vroeger  nu  
 Hartkloppingen  vroeger  nu  
 Koude handen  vroeger  nu  
 Koude voeten  vroeger  nu  
 Vocht vasthouden  vroeger  nu

*Urinewegen*

- Nierinfectie  vroeger  nu  
 Nierstenen  vroeger  nu  
 Pijn bij plassen  vroeger  nu

*Urinewegen (vervolg)*

- Prostaatklachten  vroeger  nu  
 Blaasontsteking  vroeger  nu  
 Geslachtsziekte  vroeger  nu  
 Verandering urine  vroeger  nu  
 Libido  vroeger  nu

*Vrouw*

- Zwanger  nee  ja, \_\_\_\_ weken  
 1e menstruatie \_\_\_\_ jaar oud  
 Menstruatiepijn  vroeger  nu  
 Onregelmatige menstruatie  vroeger  nu  
 Langdurige menstruatie  vroeger  nu  
 Pijnlijke borsten  vroeger  nu  
 PMS  vroeger  nu  
 Witte vloed  vroeger  nu  
 Opvliegers  vroeger  nu

*Maag en darmen*

- Darmontsteking  vroeger  nu  
 Verstopping  vroeger  nu  
 Diarree  vroeger  nu  
 Droge mond  vroeger  nu  
 Opgezette buik  vroeger  nu  
 Misselijkheid  vroeger  nu  
 Winderigheid  vroeger  nu  
 Buikpijn/krampe  vroeger  nu  
 Borrelende buik  vroeger  nu  
 Maagzuur  vroeger  nu  
 Bloedingen  vroeger  nu

*Spiieren en gewrichten*

- Strakke spieren  vroeger  nu  
 Slappe spieren  vroeger  nu

*Spiieren en gewrichten (vervolg)*

- Nekpijn  vroeger  nu  
 Tintelingen  vroeger  nu  
 Gewrichtspijn  vroeger  nu  
 Spierpijn/krampe  vroeger  nu  
 Moeilijk bewegen  vroeger  nu  
 Reuma  vroeger  nu

*Huid, haar en nagels*

- Eczeem/uitslag  vroeger  nu  
 Blauwe plekken  vroeger  nu  
 Droge huid  vroeger  nu  
 Transpiratie  vroeger  nu  
 Jeuk  vroeger  nu  
 Brekende nagels  vroeger  nu  
 Haaruitval  vroeger  nu  
 Brekend haar  vroeger  nu

*Gevoelens in uw hoofd*

- Zenuwachtig  vroeger  nu  
 Depressief  vroeger  nu  
 Overbezorgd  vroeger  nu  
 Geen concentratie  vroeger  nu  
 Slecht geheugen  vroeger  nu  
 Angstig  vroeger  nu  
 Piekeren  vroeger  nu  
 Lusteloos  vroeger  nu  
 Opkroppen  vroeger  nu  
 Onzeker  vroeger  nu  
 Verdrietig  vroeger  nu  
 Besluiteloos  vroeger  nu  
 Snel geïrriteerd  vroeger  nu

**De klacht waarvoor u komt**

Wat is uw belangrijkste klacht?: \_\_\_\_\_

Wanneer en hoe is dit begonnen? \_\_\_\_\_

Bent u al eens eerder behandeld voor uw klacht? Zo ja, waar (bijv. fysiotherapeut, specialist of alternatief genezer)? Wat was het resultaat? \_\_\_\_\_

Geef hiernaast op de plaatjes aan:

- waar u de klacht voelt
- waar u littekens heeft

Zit er een regelmaat of patroon in uw klacht? Zo ja, wat gebeurt er?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Voelt u pijn? Zo ja, wat voor pijn is dat?

- stekend  
  brandend  
  kloppend  
  zeurend  
  drukkend  
 anders, nl: \_\_\_\_\_

Waardoor wordt de klacht minder?

- warmte  
  kou  
  rust  
 eten  
 beweging  
 anders, nl: \_\_\_\_\_

Waardoor wordt de klacht erger?

- warmte  
  kou  
  stress  
 eten  
 beweging  
 anders, nl: \_\_\_\_\_

Heeft u nog andere klachten? Zo ja, welke zijn dat? \_\_\_\_\_

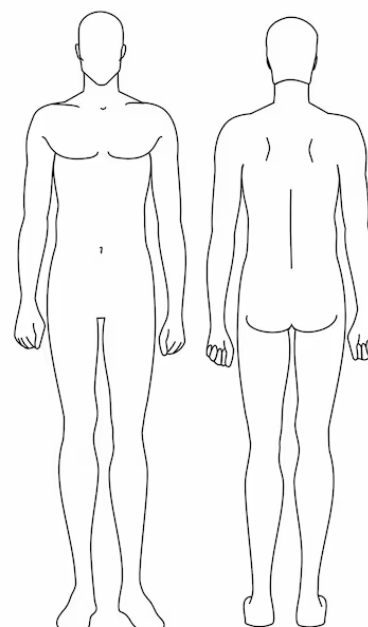
**Voeding en nachtrust**

Hoe is uw stoelgang?       regelmatig    onregelmatig   \_\_\_\_ keer per    dag    week

Hoe ziet uw ontlasting eruit?       vast       brij       zacht       waterig

Welke kleur heeft uw ontlasting?       lichtbruin    donkerbruin    geelbruin    zwart

Van welk voedsel of drank krijgt u last? \_\_\_\_\_



(Vervolg Voeding en nachtrust)

Heeft u erg veel behoefte aan zoetheid?  ja  nee

Rookt u? Zo ja, hoe vaak? \_\_\_\_\_ keer per  dag  week  maand

Drinkt u koffie? Zo ja, hoe vaak? \_\_\_\_\_ keer per  dag  week  maand

Drinkt u alcohol? Zo ja, hoe vaak? \_\_\_\_\_ keer per  dag  week  maand

Gebruikt u drugs? Zo ja, hoe vaak? \_\_\_\_\_ keer per  dag  week  maand

Gebruikt u melkproducten? Zo ja, hoe vaak? \_\_\_\_\_ keer per  dag  week  maand

Eet u geen vlees of vis?  ik ben vegetariër  ik ben vegan  anders, nl.: \_\_\_\_\_

Volgt u een dieet? Zo ja, welk?  suikervrij  zoutarm  glutenvrij  cholestorolbeperkt  
 anders, nl.: \_\_\_\_\_

Hoeveel water drinkt u per dag? \_\_\_\_\_

Wordt u 's nachts wakker? Zo ja, hoe vaak? \_\_\_\_\_ keer. Hoe laat?: \_\_\_\_\_

### Ziektes, zwangerschappen, operaties, ongevallen, levensgebeurtenissen

Zet deze in chronologische volgorde. Vermeld ook kinderziektes, verstuikingen, tandheelkundige behandelingen, echtscheiding, depressie, etc. Beschrijf bij zwangerschappen ook hoe deze zijn verlopen. Meer ruimte nodig? Voeg een blad toe.

Leeftijd: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Leeftijd: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Leeftijd: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Leeftijd: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Leeftijd: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Leeftijd: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Leeftijd: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Leeftijd: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Leeftijd: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Leeftijd: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Leeftijd: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Leeftijd: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Leeftijd: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Welke van deze dingen was het zwaarst in uw leven? \_\_\_\_\_

Welke van deze dingen was het laatste voor uw huidige klachten begonnen? \_\_\_\_\_